

Du Diagnostic et du Pronostic par la Langue

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 4 Juillet 1945

par

FRANÇOIS NICOLAS

Ex Interne des Hôpitaux de Sète

né le 29 septembre 1919 à St-Affrique (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

MM. GIRAUD, prof. *Président, Doyen.*
JANBON, professeur.
BOUCOMONT, agrégé.
BERT, agr.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

—
1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0040

**Du Diagnostic et du Pronostic
par la Langue**

F. NICOLAS

I

Du Diagnostic et du Pronostic par la Langue

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 4 Juillet 1945

par

FRANÇOIS NICOLAS

Ex Interne des Hôpitaux de Sète

né le 29 septembre 1919 à St-Affrique (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	}	MM. GIRAUD, prof. <i>Président, Doyen.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		JANBON, professeur.		
		BOUCOMONT, agrégé.		
		BERT, agr.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1945

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i>
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie.....	MONNIER <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuber-	
Microbiologie	CARRÈRE <i>agrégé</i> .	culose.....	VIDAL, <i>professeur</i> .
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie et propé-	
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i> .	deutique chirurgicale	MOURGUE-
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>		MOLINES, <i>agr.</i>
—	BERT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg.	TRUC, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim....	N...
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique des malad.		Accouchements	CADERAS
contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .		de KERLEAU, <i>agr.</i>
		Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT	—	ROUX
—	BERT	Urologie	TRUC
	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	Accouchements....	CADERAS
Chimie.....	MONNIER.		DE KERLEAU
Bactériologie ...	CARRÈRE.		
Hist. nat. médic.	HARANT.		



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR J. NICOLAS

Après m'avoir orienté et guidé vers la profession médicale il disparut soudainement, en pleine activité, au moment où ses conseils et son expérience me devenaient précieux. Je veux par cette thèse honorer sa mémoire et, en lui succédant, l'empêcher de mourir tout à fait dans l'esprit et le cœur de ceux pour qui il s'est tellement dévoué dans sa vie laborieuse de praticien.

AVANT-PROPOS

La culture médicale peut être considérée comme un ensemble formé d'apports journaliers ; que ce soit à la Faculté ou à l'Hôpital, chaque jour apporte sa pierre et au seuil d'une vie nouvelle où l'enseignement didactique va céder le pas à un enseignement plus mouvant donné par les choses et les êtres, nous nous devons aujourd'hui de remercier tous ceux qui ont contribué à la formation de cet édifice.

Qu'il nous soit permis tout d'abord d'exprimer notre respectueuse reconnaissance à Monsieur le Professeur G. GIRAUD, Doyen de la Faculté, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse et dont les précieux enseignements resteront toujours vivants au cours de notre carrière médicale.

A Monsieur le Professeur JANBON,

A Monsieur le Professeur agrégé BOUCOMONT,

A Monsieur le Professeur agrégé CADERAS DE KERLEAU qui ont bien voulu faire partie de notre Jury de Thèse,

J'ai à cœur de donner ici à mon oncle le Docteur VERGNES un témoignage particulier d'affection. Son dévouement lors de la perte très cruelle de mon père restera toujours présent en ma mémoire.

Notre gratitude s'adresse, d'une manière particulière

à Monsieur le Docteur BOREL, Médecin-chef de l'Hôpital de Sète, aux côtés duquel nous avons acquis le goût de l'observation si important dans l'art de la médecine. C'est à sa bonté que nous devons le sujet de cette thèse née en grande partie du fruit de nos observations recueillies au chevet des malades.

Nos remerciements vont également à Monsieur le Docteur RICARD, Chirurgien-chef de l'Hôpital de Sète,

à Monsieur le Docteur SOULIER, Chirurgien-adjoint de l'Hôpital de Sète,

à Monsieur le Docteur GUIRAUDEN, Médecin-chef de la Maternité de Sète.

Je tiens aussi à rendre hommage à tous les médecins que j'ai connus, dont on peut dire qu'ils réalisent la plénitude de leur vocation dans la simplicité de leur pratique quotidienne.

Que mes camarades d'internat trouvent ici une marque de ma profonde amitié.

INTRODUCTION

Si Esope a fait des dissertations philosophiques sur la langue en tant qu'organe servant à la parole, révélateur de notre caractère et de nos états d'âme, de nos vertus et de nos vices, il y a encore beaucoup à dire sur elle en tant que révélatrice de notre machine intérieure, du bon fonctionnement et des troubles de nos organes.

Les dissertations médicales pourraient être sans fin sur ce sujet et si en tirant la langue le malade nous tire souvent d'embarras — il peut aussi nous tirer d'affaire, témoin, cette anecdote garantie véridique : un client accrochait son médecin à tous les coins de rue, celui-ci exaspéré lui dit un jour : « Je ne puis juger de votre état qu'après avoir examiné votre langue : fermez les yeux, sortez la langue », et profitant de l'obéissance de son client le médecin disparut ; ce fut l'agent de police qui tira le patient de cette fâcheuse posture avec un procès-verbal à la clef pour encombrement de la voie publique, et geste irrespectueux vis-à-vis d'un représentant de l'autorité ; ce qui prouve que rien n'est absolu puisque le médecin perdit son client malgré un examen de langue.

Si le malade a une langue c'est pour que le médecin

s'en serve, et si par définition chaque malade a sa maladie, chaque maladie a « sa langue ».

Oui, le médecin commettrait une faute impardonnable et montrerait une négligence criminelle si pour bâtir son diagnostic et formuler son pronostic il ne se basait pas sur cette observation. Quel est notre premier réflexe en présence d'un malade ? C'est assurément de prendre le pouls et de relever la température. Mais ne doit-on pas aussi lui faire sortir la langue, pour nous aider à reconnaître les nombreuses affections internes qui exercent à distance une modification anatomique ou fonctionnelle sur elle, pour fonder notre diagnostic et assurer notre pronostic ?

La langue, de même que le pouls, de même que la température, ne reste pas identique au cours d'une maladie, elle varie de concert avec les phases de cette maladie et nous en révèle la courbe de gravité.

Voici donc cette langue qui dit tant de bêtises mais qui peut en éviter souvent au médecin qui sait l'examiner.

LA LANGUE

Avant de commencer l'étude des renseignements que nous donne la langue en pathologie, il nous paraît utile de faire une étude rapide de son aspect morphologique, de son anatomie, de son histologie et de sa physiologie. Sa séméiologie nous retiendra plus longtemps.

Aspect morphologique de la langue normale.

Irrégulièrement ovalaire, à grosse extrémité postérieure, la langue est aplatie de haut en bas. Sa face dorsale, ses bords, sa pointe et la partie antérieure de sa face inférieure sont revêtus par la muqueuse et libres dans la cavité buccale. Par le reste de son étendue qui constitue la base ou la racine de la langue, cet organe reçoit des vaisseaux, des nerfs et s'attache par de nombreux muscles à l'os hyoïde, au maxillaire inférieur, à la voûte palatine et à l'apophyse styloïde.

La face supérieure ou dorsale de la langue qui nous intéresse plus particulièrement est divisée en deux parties, l'une antérieure ou buccale, l'autre postérieure ou pharyngienne, délimitées entre elles par un sillon en forme de V ouvert en avant. La partie buccale, la seule

accessible à l'examen médical, est convexe d'avant en arrière et légèrement concave transversalement grâce à un sillon médian et sagittal qui s'étend de la pointe à l'extrémité postérieure. Une muqueuse épaisse, partout très adhérente à la musculature sous-jacente, la recouvre. Sa coloration est variable avec les régions, elle va du blanc rosé plus ou moins pâle sur le dos de la langue, au rouge plus ou moins vif sur les bords et devient rose à la face inférieure, coloration variable, dans l'état de santé, avant et après les repas ; elle est humide dans toute son étendue, libre dans ses mouvements pendant lesquels elle affecte des formes diverses que l'on peut ramener à deux principales : la forme aplatie, dans laquelle la langue est large, étalée, et la forme en pointe dans laquelle elle est projetée hors des arcades dentaires sous forme d'un cône quadrangulaire à angles arrondis ; sa surface est inégale car elle est recouverte sur toute son étendue par des petites saillies très rapprochées les unes des autres qui sont les papilles linguales.

Les bords minces et aplatis en avant s'épaississent en arrière. Ils touchent les arcades dentaires et présentent souvent des sillons verticaux séparés par des saillies, dues aux empreintes des dents. La muqueuse au voisinage de la face dorsale présente les mêmes caractéristiques que celle-ci, mais en dessous elle prend l'aspect lisse de la muqueuse du plancher buccal.

Le sommet ou pointe de la langue, mince et aplati, est creusé d'un sillon médian et vertical, souvent assez profond, qui continue le sillon médian de la face dorsale. Sur les côtés de ce sillon la pointe de la langue est formée par deux tubercules hérissés de papilles.

Anatomie.

La langue est constituée par un squelette, des muscles, des vaisseaux et des nerfs.

La charpente squelettique est formée par l'os hyoïde, véritable support de la langue, par la membrane hyoglossienne qui s'attache en bas au bord supérieur de l'os hyoïde et qui se perd dans l'épaisseur de l'organe ; enfin par le septum lingual, lame fibreuse, falciforme, verticale et médiane, qui s'insère en bas sur l'os hyoïde et dont l'extrémité effilée se termine à la pointe de la langue.

La musculature se compose de 8 muscles pairs, à disposition verticale et antéro-postérieure, et d'un muscle impair à disposition horizontale, le lingual supérieur. Le premier groupe comprend les principaux muscles moteurs de la langue qui permettent au clinicien l'examen de cet organe. Quant au lingual supérieur, c'est une lame musculaire mince qui constitue une coque à la masse des autres muscles et dont la face supérieure est directement recouverte par la muqueuse linguale.

La vascularisation est assurée par les artères linguales et leurs collatérales les artères dorsales de la langue. Les veines naissent de l'épaisseur de l'organe et forment des troncs collatéraux aux artères. Les lymphatiques se dirigent vers les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires.

Enfin, dans l'innervation de la langue il faut distinguer les nerfs moteurs qui viennent du nerf grand hypoglosse, et les nerfs sensitifs qui proviennent des nerfs lingual, glosso-pharyngien et pneumo-gastrique.

Histologie.

L'épaisseur et la structure de la muqueuse linguale sont variables ; nous ne considérerons que la partie buccale de la langue.

C'est essentiellement une muqueuse dermo-papillaire. Le chorion ou derme est formé d'un stroma de tissu conjonctif assez épais, pourvu de fibres élastiques abondantes et d'un grand nombre de vaisseaux sanguins ainsi que de filets nerveux. L'épithélium est pavimenteux stratifié ; il présente trois couches distinctes : une profonde ou couche basale formée de cellules à disposition verticale, une moyenne à cellules polyédriques légèrement aplaties, reliées entre elles par des filaments et une couche superficielle à cellules plates parallèles à la surface qui ne subissent jamais de kératinisation, exception faite pour les bords de la langue. Cette couche superficielle diffère de la couche cornée de l'épiderme en ce que ses cellules sont nucléées et qu'elles ne sont jamais infiltrées de graisse ; pourtant, d'après RANVIER, les cellules profondes et moyennes élaborent la graisse sous forme de gouttelettes distinctes qui deviennent diffuses dans la couche lamelleuse. Cette graisse se dissout dans les liquides alcalins de la bouche.

Au sein de cette structure générale, la grande particularité de la langue est constituée par les papilles. On distingue quatre sortes de papilles : les papilles filiformes, presque uniformément répandues sur la face dorsale de l'organe, lui donnent cet aspect velouté particulier. Ce sont elles qui sont visibles en pathologie, car elles ont une couche très épaisse de cellules desquamantes. Les papilles fongiformes, tantôt enfouies au milieu des papilles filiformes hautes, tantôt dépassant

au contraire ces dernières, siègent sur les bords de la langue. Les papilles caliciformes, au nombre de 9, forment le V lingual et se présentent comme une grosse papille fongiforme entouré d'un sillon. A ces dernières se rattachent les papilles foliées qui forment sur les bords de la langue des rangées séparées par des sillons.

Physiologie et Séméiologie.

Si, pour le commun des mortels, le rôle sensoriel de la langue et plus spécialement le rôle gustatif, plus que le rôle de sensibilité générale, est le seul connu, pour le physiologiste il n'en est pas de même.

Comme la peau, la muqueuse linguale a pour fonction un rôle mécanique considérable. La bouche est, chez la plupart des animaux, un organe de préhension ; si, chez l'homme, elle n'est guère utilisée pour cet usage, elle n'est pas moins soumise par le fait de la mastication, de la déglutition et de la parole, à des actions mécaniques énergiques : le bol alimentaire pressé entre la voûte palatine et la surface de la langue exerce sur cette dernière un balayage des cellules superficielles. Lorsqu'on ne mange pas, le rouleau des aliments ne passant plus sur la langue les cellules prolifèrent et les papilles poussent comme l'herbe non foulée des chemins abandonnés : c'est ce que nous pourrions appeler la « langue chevelue » ou « langue en tapis-brosse ». Mais prenons par exemple un enfant qui toute la journée suce des bonbons, le soir sa langue sera rouge vif et ses papilles auront perdu presque toutes leurs cellules superficielles, ce que nous pourrions appeler « langue chauve » ou « langue en tapis caoutchouc ». Pour continuer les comparaisons, lorsque avant de nous laver le visage nous

avons saisi notre serviette éponge par un de ses bords latéraux et que limitant la partie dont nous allons nous servir nous la trempons dans la cuvette où elle s'imbibe, nous aurons macroscopiquement l'image d'une langue avec ses villosités, ses nombreux sillons, et nous comprendrons mieux les changements d'aspect qu'elle peut présenter du fait de l'état lisse et tondu ou de l'état spongieux et gazonné de sa surface.

Les grandes fonctions de notre organisme ne sont pas enfermées dans des limites rigoureuses, elles s'influencent réciproquement et il est d'autant plus difficile de classer avec précision les divers troubles apportés par la maladie sur la langue qu'il existe souvent des lésions complexes portant, tout à la fois, sur la circulation, l'innervation et la nutrition. Néanmoins, en nous basant sur un examen macroscopique attentif, nous pouvons essayer de déterminer quelques types de langues :

Avant de commencer, il faut signaler que chez quelques personnes la langue offre des caractères que l'on pourrait rattacher à un état morbide mais qu'une observation plus poussée nous démontre n'être qu'une déviation du type physiologique et que cette apparence malade concorde avec la santé la plus parfaite. Dans ces cas, la langue est volumineuse, hérissée de papilles très développées, de couleur gris sale due à des couches épithéliales plus épaisses formant un léger enduit. Toutes les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement et pourtant si l'on n'était prévenu, on croirait à l'existence d'un embarras gastrique des plus accusés.

La forme et le volume de la langue sont fonction de sa sécheresse ou de son humidité et du mode de contraction musculaire. La langue humide est en même temps large, la langue sèche, au contraire, s'étale moins par le fait de la rétraction de son enveloppe épithéliale ; en même

temps elle tend à devenir concave du côté de sa face supérieure. GUBLER attribue cette variation de forme à l'inégale épaisseur de la couche épithéliale au-dessus et au-dessous de la langue : en dessous, cette couche est mince ; en dessus elle est épaisse et recouvre toute la largeur de l'organe ; il en résulte que lorsque la langue est sèche elle devient concave, la couche épithéliale supérieure se rétractant davantage. Ce phénomène serait plus visible sur le dos d'une langue qui serait recouverte d'un enduit sec et épais. Dans l'embarras gastrique, il arrive souvent que la langue se tuméfie assez pour présenter sur ses bords l'impression des dents. Les personnes dyspeptiques ou prédisposées à la dyspepsie ont souvent une langue épaisse, large, couverte de papilles turgescentes et tapissée par un léger enduit grisâtre.

La coloration normale de la langue peut être modifiée dans des conditions diverses. Nous avons vu que l'épithélium lingual était le siège d'une *mue continuelle* et que les couches superficielles devenues caduques se détachaient sous l'influence de frottements. La maladie, l'abstinence et le silence favorisent l'épaisseur de l'épithélium ; il n'est pas douteux d'autre part que, dans les catarrhes, la formation de l'épithélium ne soit activée. Si à ces conditions d'hyper-génèse épithéliale et de repos complet de la langue vient s'ajouter la diminution de la sécrétion buccale, toutes les circonstances de la formation d'un dépôt se trouvent réunies. Le mucus qui humecte la muqueuse linguale devient alors de plus en plus opaque ; à mesure qu'il séjourne au contact de l'air cet enduit se charge de poussières et devient grisâtre ; le résidu de la salive desséchée entre aussi pour une faible part dans sa composition. Nous aurons alors une langue blanche, sale, saburrale ; c'est une véritable langue en « tapis brosse ».

L'enduit crémeux peut être uniformément répandu sur toute la surface de l'organe ; il est plus épais à la base et sur la partie moyenne de la langue. Dans certains cas les papilles turgescents se montrent sous forme de petites granulations d'un rouge vif qui percent la couche blanchâtre.

Cette langue saburrale est un des signes habituels de catarrhes de la muqueuse digestive ; on le rencontre également dans la pneumonie ; dans la grippe nous aurons un aspect porcelainé, tout à fait particulier.

La langue noire, pileuse, est elle aussi due à une prolifération exagérée des papilles ; sa coloration noirâtre paraît due à un vieillissement des cellules hyperkératinisées. Lorsque le malade ouvre la bouche les prolongements piliformes agglutinés par la salive et le mucus apparaissent sous forme de touffes épaisses couchées dans divers sens comme des blés versés après l'orage. On la trouve surtout chez les débiles, les cachectiques, les diabétiques. On a décrit aussi sous le nom de « nigritie » une affection caractérisée par une coloration noire de la langue analogue à celle qui appartient normalement à la langue des perroquets et à celle de la girafe.

La langue rouge est une langue lisse souvent accompagnée des symptômes douloureux et inflammatoires dus à une desquamation exagérée de l'épithélium. A un degré plus avancé, l'état lisse s'accompagne de sécheresse, d'aspect vernissé et de fissuration, siégeant surtout sur la pointe et sur les bords. Rencontrée dans les grandes infections urinaires, il faut la différencier de la langue framboisée de la scarlatine. La pâleur et la décoloration de la langue sont le résultat obligé de toute anémie, de toute cachexie ; aussi l'observe-t-on dans la chlorose et à la suite de toutes les grandes hémorragies.

La teinte cyanique de la langue se produit dans toutes les maladies qui mettent un obstacle sérieux à la circulation régulière du sang et dans celles qui entravent l'hématose. Citons les affections organiques du cœur, la persistance du trou de Botal, tous les états pathologiques qui peuvent déterminer l'asphyxie : grands épanchements, bronchite capillaire... Il en est ainsi chez les vieux asthmatiques et les vieux emphysémateux.

Les glandes de la langue sécrètent un mucus assez abondant qui en se mélangeant avec le produit de sécrétion des glandes salivaires constitue un liquide mixte par lequel la langue est incessamment humectée. Il est normal que sous l'influence de la maladie les liquides de la bouche subissent des modifications dans leur composition chimique : nous savons que physiologiquement le milieu buccal est alcalin ; or, dans la maladie le milieu devient acide par suite d'un afflux moins abondant de salive, de la diète, de la manière de respirer (la bouche entr'ouverte). Cette modification chimique donnerait à la muqueuse sa sécheresse, elle est alors rouge et chargée de débris de la couche épithéliale en desquamation : la bouche est alors pâteuse, mauvaise, aigre. Les boissons et les aliments prennent un goût aigre qui les fait repousser au malade. La langue peut perdre aussi son humidité naturelle sous l'influence de causes diverses : sans être malades, quelques personnes ont habituellement une sécheresse assez grande de la muqueuse linguale : chez les sujets qui respirent par la bouche le courant d'air qui traverse cette cavité dessèche la langue ; certains médicaments, l'usage prolongé de la parole, les émotions morales conduisent au même résultat par réflexe sympathique. La diminution de l'humidité rend la langue collante au doigt en même temps qu'elle gêne les mouvements en faisant adhérer momentanément

ment la langue aux lèvres et à la voûte palatine. A un degré plus avancé, elle devient poisseuse et enfin tout à fait sèche, rugueuse et rapeuse. En même temps elle change de couleur suivant la nature de l'enduit qui la recouvre, elle jaunit ou brunit généralement comme le fait l'épithélium pur ; elle prend une teinte noirâtre si l'enduit est sanguinolent. La sécheresse débute par le milieu de la face dorsale puis elle s'étend graduellement des deux côtés et vers la pointe de telle manière que la partie desséchée représente un triangle à base antérieure et arrondie. Pendant un certain temps il reste sur les parties latérales une bordure plus ou moins large encore souple et humide. On observe fréquemment ce symptôme chez les vieillards. Tout état fébrile intense et d'une certaine durée peut également le déterminer ; on le rencontre encore dans toutes les maladies des organes thoraciques et du tube digestif qui apportent de la gêne dans la respiration et forcent les malades à respirer plus vite que dans l'état naturel.

Enfin, la dystrophie humaine appelée langue plissée, plicaturée ou scrotale de HORAND, est caractérisée par de nombreux sillons se coupant entre eux sous des angles variés et divisant la face dorsale de la langue en une infinité de petits îlots polygonaux. Cette infirmité, pour certains d'origine syphilitique, prédispose à des glosites tenaces.

DU DIAGNOSTIC PAR LA LANGUE

Après l'examen de la langue, du pouls et de la température, le médecin a déjà un trépied suffisant pour juger de la nature de la maladie et de sa gravité. Mais si en faisant sortir la langue nous avons sous les yeux l'objet de notre curiosité, il ne nous faut pas négliger le cadre de ce tableau qui est constitué par les lèvres plus ou moins sèches et brûlées par la fièvre, avec ou sans herpès, par les gencives, par l'encroûtement des dents, le tout avec plus ou moins de fuliginosités ; nous ne devons pas oublier de « voir » le visage du malade, avec ses yeux, son nez, avec la crispation ou le relâchement de ses traits. Nous remarquerons aussi s'il existe des tremblements et si le malade a de la difficulté à mouvoir sa langue. Nous allons par une étude plus approfondie ainsi que par quelques croquis montrer l'intérêt diagnostique de quelques langues.

La langue dans la typhoïde.

Dans toutes les inflammations du tube digestif, embarras gastrique, dyspepsie, entérite, la langue est toujours recouverte, à jeun principalement, d'un enduit tantôt blanc, tantôt gris, tantôt jaune ou brun. Si à la

période de début d'une typhoïde nous sommes orientés par la langue vers un syndrome abdominal, il n'en est pas moins vrai qu'à cette période son aspect n'a rien de caractéristique. Nous pouvons néanmoins affirmer qu'une langue nette pendant les premiers jours d'une fièvre à type continu doit toujours faire mettre en doute l'existence de la typhoïde. Mais vers la fin de la première semaine les signes majeurs de la dothiéntérie apparaissent avec température élevée, pouls lent, tumphos, diarrhée, taches rosées, et c'est alors que nous pouvons donner une première description de la langue typhoïdique : le milieu de la langue est blanchâtre, recouvert d'un enduit crémeux, ses bords et sa pointe sont rosés, humides, la zone intermédiaire est blanc rose et par endroits on peut distinguer une prolifération des papilles filiformes.

Les symptômes se complétant et la maladie entrant dans sa phase d'état caractérisée par une température en plateau, la langue elle aussi se modifie : l'enduit crémeux blanchâtre du milieu gagne la zone intermédiaire et donne une impression de sécheresse, les bords roses et humides deviennent de plus en plus étroits. Si à ce moment-là on palpe la langue, on est frappé de sa viscosité en même temps que par sa sécheresse ; le malade lui-même a la bouche sèche, il a une soif intense avec impression de langue collée au palais.

A la période de défervescence, ou période des grandes oscillations thermiques, nous remarquons que la pointe de la langue se dégarnit la première de son enduit blanchâtre, puis les bords deviennent roses ; l'enduit blanchâtre ne donne plus autant cette impression de sécheresse. Quelque temps après on peut noter dans la zone médiane quelques plaques où l'enduit disparaît et où la muqueuse linguale apparaît presque normale au-des-



LANGUE DANS LA TYPHOIDE

sous. Enfin à la convalescence c'est le grand nettoyage et la langue reprend peu à peu son aspect normal.

Mais la langue offre un état variable suivant le degré de la maladie. Dans les cas les plus légers elle peut rester naturelle mais plus souvent elle se recouvre d'un enduit jaunâtre. Dans les cas graves elle offre les mêmes caractères qu'au début mais après quelques jours de durée de la maladie elle devient rapeuse, brunâtre, encroûtée d'une matière sèche, noire, dure, fendillée, plus ou moins épaisse, comme brûlée ; ses bords sont d'un rouge plus ou moins intense ; enfin dans les cas les plus graves, cet organe devient gonflé, épais, dur. Dans quelques cas fort graves, la langue se recouvre d'un enduit pseudo-membraneux, pultacé, ou présente une ou plusieurs ulcérations.

Alors même qu'elle conserve sa souplesse et son humidité, la langue offre assez fréquemment un tremblement manifeste ; les malades ont alors peine à la montrer, ils ne peuvent la pousser qu'entre les dents ; parfois même elle reste immobile au fond de la bouche où on l'aperçoit comme raccornie. Il ne faut pas confondre cette difficulté de sortir la langue qui résulte de l'état de l'organe, avec celle qui est due à l'état des fonctions cérébrales et qui fait que les malades la sortent lentement hors de cette cavité et l'oublient entre les dents après l'avoir montrée. On peut aussi rattacher à l'examen de la langue celui de l'haleine, une fétidité particulière est surtout remarquable chez les enfants.

La langue que nous venons de décrire est une langue type, mais elle n'est jamais identique dans toutes les typhoïdes ; elle varie avec les phases de cette maladie et nous en révèle la courbe de gravité.

La langue dans la pneumonie.

Donner une description de langue type au cours d'une pneumonie peut de prime abord paraître paradoxal. Mais nous avons toujours été frappé de retrouver dans cette entité clinique un aspect bien défini. Nous avons aussi remarqué que chez les bronchiteux qui ne crachent pas la langue est toujours sale et chargée.

Si au premier examen d'un pneumonique nous sommes attirés vers la bouche par l'herpès labial, la langue à cette période ne nous dit rien, mais dès le second jour nous constatons qu'elle se charge d'un enduit blanchâtre, humide et, différence essentielle avec la langue typhique, il n'existe ici que deux zones : la presque totalité de la langue, y compris la pointe, est uniformément recouverte de cet enduit crémeux et les bords seuls sont rosés. Les jours suivants on note l'augmentation en épaisseur de la zone médiane avec apparition de quelques villosités noirâtres sur le milieu de la langue ; il faut noter à ce stade l'apparence un peu plus sèche de l'organe ; c'est ici le moment de prédilection, pour l'apparition du muguet qu'il ne faut pas confondre avec l'enduit hyperkératinisé si caractéristique. Cet enduit devient de plus en plus couenneux et « rêche », et si à ce moment on frotte la langue avec une palette il se détache une véritable couenne ; au-dessous apparaît, par plages, une zone rouge très lisse dépourvue de papilles. A la période critique, surtout à la défervescence de la pneumonie, on est frappé par la disparition rapide de la zone blanchâtre : toute la langue est alors rosée, elle est lisse et c'est vraiment une langue en tapis caoutchouc. Dès lors la prolifération des papilles se fait normalement et la langue du pneumonique n'est plus au



LANGUE DANS LA PNEUMONIE

bout de quelques jours distincte de celle de l'individu sain.

Tel est l'aspect de la langue dans la pneumonie classique : mais bien entendu s'il s'ajoute un épisode abdominal, la langue restera plus longtemps chargée. Si c'est un syndrome urémique la langue prendra l'aspect caractéristique que nous allons maintenant décrire.

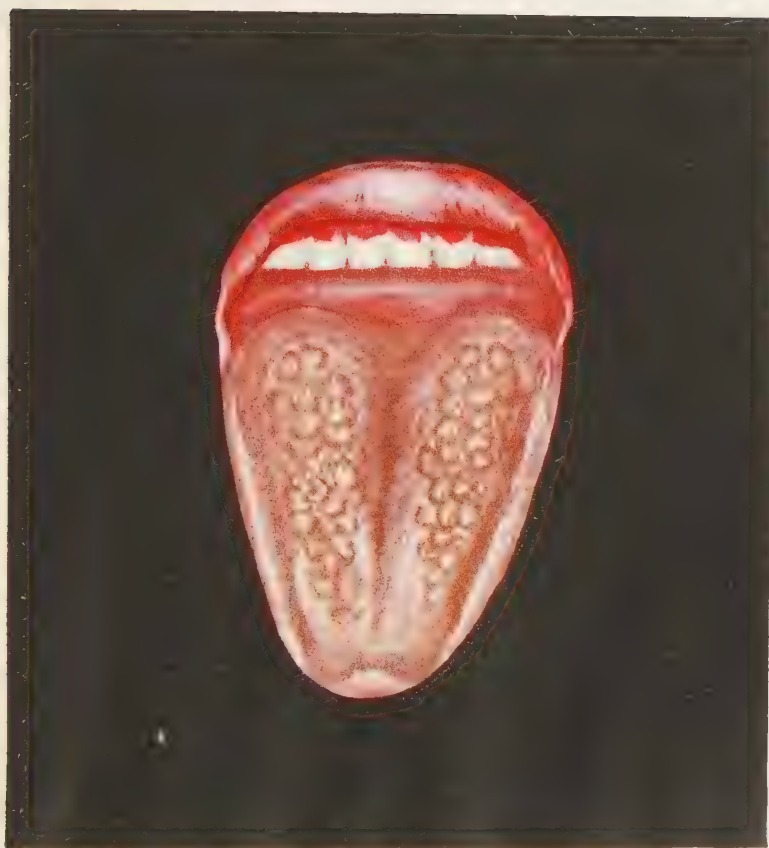
La langue chez l'urémique.

Dans l'urémie, ce qui frappe à la première inspection de la langue c'est sa sécheresse. Si le mal de Bright avec son cortège abondant de signes cliniques et de laboratoire n'offre aucune difficulté diagnostique, nous ne devons pas nous contenter de la surveillance d'une albuminurie et d'une azotémie ; si l'inappétence, les pesanteurs gastriques, les vomissements, les diarrhées, les troubles respiratoires et les troubles psychiques sont autant de signes caractéristiques de l'urémie, cependant il nous paraît utile de savoir lire une langue d'urémique car son étude nous renseignera sur les différentes phases de l'intoxication.

Les réactions de défense de l'organisme du côté digestif constituent les premiers signes annonciateurs de l'azotémie : à ce stade on note la sécheresse de la bouche et de la langue en particulier : elle est blanche et pâteuse en totalité, mais cette blancheur n'est pas la même que dans la typhoïde et dans la pneumonie ; elle est due à un degré de sécheresse de la muqueuse linguale qui nous fait apparaître les papilles filiformes kératinisées.

A un stade plus avancé, et lorsque le brightique entre dans un coma incomplet, nous sommes immédiatement

frappés par la sécheresse des lèvres qui deviennent dures et présentent des crevasses analogues à celles causées par le froid. La langue est très sèche, l'enduit blanchâtre est devenu jaune orangé à tendance vers le noir ; il est à noter que toute la surface de la langue est atteinte par ce processus et que l'on ne peut plus distinguer ni zone médiane, ni zone intermédiaire, ni bords. On peut noter ainsi la tendance de la muqueuse linguale à former des placards écailleux qui semblent se décoller comme le font les surfaces marécageuses desséchées par le soleil, et ce n'est qu'au stade de coma complet que ces placards écailleux deviennent de véritables écailles, qui se décollent sur leurs bords tout en restant adhérentes au centre. La langue est alors très sèche ; elle est « rôtie », phénomène caractéristique ; cette langue qui était blanc jaunâtre, sale, a une tendance très marquée à devenir rouge, soit par le fait de la muqueuse ou même le muscle soit mis à nu par le soulèvement des écailles, soit par le fait de petites hémorragies superficielles. Le sang provient de gerçures, de fissures plus ou moins profondes qui se forment dans le derme lingual comme les fissures dans la boue desséchée ; il suinte en petite quantité, se mêle au mucus, se dessèche avec lui et l'ensemble forme une masse noirâtre qui sur la langue, les dents et les lèvres constitue les fuliginosités qui s'accrochent aux dents supérieures comme des guirlandes marron sale. En même temps le volume de la langue est diminué ; elle est petite, contractée et ne se meut qu'avec peine dans la bouche. C'est un des derniers stades de la maladie car le pauvre urémique n'a plus aucune chance d'éviter la langue cadavérique.



LANGUE DANS L'URÉMIE

La langue dans la scarlatine.

Quelques troubles digestifs, de l'inappétence, un peu de rougeur de la gorge, la langue blanc sale en totalité, voilà tout ce qu'on peut noter à la période d'incubation de la maladie.

L'invasion de la scarlatine est brusque ; elle est marquée par un mouvement fébrile caractérisé par une chaleur vive, par le mal de gorge et le vomissement. Si l'on peut observer la langue pendant ces quelques heures, on remarque qu'elle conserve rarement son enduit blanchâtre : les bords commencent à se dépouiller et à devenir rouge sombre.

Et voici notre scarlatineux qui commence son éruption débutant par l'érythème buccal et l'exanthème du corps. Il nous paraît indispensable, ici plus que dans tout autre état morbide, de considérer le cadre de la langue ; ce qui nous frappe lorsque nous faisons ouvrir la bouche, c'est sa couleur écarlate : les amygdales gonflées, les piliers, le voile du palais sont de couleur framboisée, parfois acchymotique. La muqueuse est lisse, sèche, sur le fond uniformément rouge on aperçoit un pointillé plus sombre qui est l'érythème. La teinte *rouge framboisée* s'étend sur le pharynx et sur la muqueuse buccale, les gencives, la face interne des lèvres. La langue, aux différents jours de la maladie, présente une évolution caractéristique, un véritable cycle ; au premier stade elle paraît allongée, rouge vif sur les bords et la pointe, alors que sur le dos elle conserve un enduit pultacé, blanc, épais. Ce contraste entre les deux teintes est frappant et dure environ de deux à quatre jours. Dans un deuxième stade ce dépôt pultacé diminue d'étendue et se déblaie d'avant en arrière, si bien que le liseré rouge vif s'élargit sur les côtés et forme un V

rouge qui circonscrit un V blanc. Une langue chargée qui desquame d'avant en arrière, qui présente ce contraste de coloration est pathognomonique de la scarlatine. Vers le 7^e ou 8^e jour toute la langue est ainsi dépouillée, elle est rouge, enflammée, écarlate, framboisée. Nous sommes au troisième stade : la desquamation a donné à la langue cet aspect charnu et lisse, elle a mis à nu les papilles fongiformes qui ne sont plus masquées ni par les couches épithéliales ni par les papilles filiformes : la langue n'est alors que muscle, c'est vraiment une langue en « tapis-caoutchouc ». Cet aspect spécial dépouillé, dure de 4 à 6 jours. En même temps on peut noter que la langue est « pointue », et lorsque le malade la tire hors de la bouche elle a cet aspect conique, pointu, qui est si caractéristique de la maladie. Dès lors l'épithélium commence à se refaire par places et nous voici au quatrième stade. La langue perd petit à petit sa teinte rouge, sa forme pointue et reprend son aspect normal.

On peut observer un arrêt dans l'évolution à telle ou telle période, principalement au troisième stade. Certains auteurs comme MOISARD, ont vu persister une langue framboisée pendant huit jours et LESAGE pendant trente jours. Mais ce ne sont là que des exceptions et en règle générale l'évolution de la langue suit les stades classiques que nous venons de décrire.



LANGUE DANS LA SCARLATINE

DU PRONOSTIC PAR LA LANGUE

Tandis que les devineresses prétendent lire l'avenir sur les lignes de la main, le médecin, sans paraître un charlatan, peut et doit savoir lire son pronostic sur la langue. On peut néanmoins, pour si bizarre que cela paraisse, établir un parallèle entre l'examen des lignes de la main et celui de la langue : des lignes larges et rares dénotent un tempérament lymphatique, de même une langue étalée rose pâle ; des lignes nombreuses et enchevêtrées dénotent un tempérament nerveux, de même une langue petite, pointue, nerveuse.

Notre pronostic en général devra se baser sur deux grands aspects : sur l'état de l'enduit crémeux, c'est-à-dire sur la couleur et la desquamation de la langue, et sur l'état de sécheresse ou d'humidité de l'organe.

Nous allons montrer, pour les quatre langues types que nous venons de décrire, les données sur lesquelles nous baserons notre pronostic.

Du pronostic de la typhoïde par la langue.

A typhoïde normale, langue à évolution normale ; celle-ci passera par les diverses phases décrites : une langue qui dénote de la sécheresse nous donne à penser à une guérison lointaine, ce n'est pas étonnant car nous

sommes en pleine période d'état. Une langue qui commence à se dépouiller, voilà un très bon signe qui, si la période des grandes oscillations n'est pas encore amorcée, nous fera entrevoir tout de même une défervescence prochaine.

Une langue chargée dont l'enduit blanchâtre gagne la zone intermédiaire et qui est rouge uniquement sur les bords, doit nous faire penser à un épisode pulmonaire et une auscultation nous révélera une aggravation du catarrhe bronchique ou même les premiers signes d'une pneumonie.

Si l'enduit de la langue devient de plus en plus épais sans toutefois disparition complète de la zone intermédiaire, c'est sur le tube digestif que notre attention sera attirée avec encore plus d'inquiétude : depuis les troubles gastriques jusqu'aux hémorragies intestinales, les premiers signes se reflètent sur la langue, et notre pronostic sera d'autant plus sombre que la langue sera plus blanche.

L'albuminurie de la typhoïde est un symptôme normal ; elle n'est habituellement ni importante ni durable. Mais si en surveillant la langue de notre typhique nous remarquons que sa sécheresse normale à la période d'état augmente et donne à l'organe l'aspect rôti, notre attention se portera immédiatement vers la possibilité d'accidents urémiques et notre pronostic sera réservé, car nous serons en présence d'une redoutable complication. C'est d'ailleurs la multiplicité de nos examens et leur comparaison qui nous permettent le mieux de juger dans le domaine pronostique.

Mais si on lit beaucoup on ne peut pas tout lire sur la langue ; c'est ainsi que ni les complications cardiovasculaires ni les complications nerveuses ne se reflètent sur elle comme à livre ouvert.

Du pronostic de la pneumonie par la langue.

Vouloir baser uniquement le pronostic de la pneumonie sur l'aspect de la langue n'est pas notre but. Les éléments du pronostic seront tirés de l'intensité des signes généraux, de l'étendue des lésions et surtout de l'état du cœur et des reins ; or, nous avons vu l'évolution de la langue au cours de la pneumonie classique : la sécheresse de l'organe doit attirer tout spécialement notre attention et à ce signe nous pourrions ou non prévoir l'apparition de la « crise ». De même l'état naturel de la langue a souvent servi à porter un pronostic favorable dans quelques pneumonies d'apparence sérieuse. Supposons que la sécheresse de la langue devienne de plus en plus intense, notre attention devra immédiatement se porter sur la diurèse, et nous constaterons alors qu'une très faible quantité d'urines a été émise par le malade. L'oligurie entraînera fatalement une rétention azotée dans l'organisme du fait de la non évacuation de l'urée par les reins et notre langue aura tendance à prendre l'aspect de « langue rôtie ». Mais si malgré une température plus élevée, une oligurie plus intense, nous remarquons au lieu de la sécheresse normale de la langue un enduit plus visqueux, plus crémeux, nous pourrions prévoir pour le lendemain la défervescence des signes généraux et la guérison proche. Actuellement, où la plupart des pneumonies sont traitées par la sulfamidothérapie, l'examen de la langue nous est un grand secours : malgré la chute de température obtenue par quelques grammes de sulfamides, nous savons que les signes pulmonaires persistent et évoluent selon leur cycle normal. Or, l'aspect de la langue n'est en rien modifié par la baisse de la température et chez un pneumonique

apyrétique il est identique à celui que l'on observe dans une pneumonie évoluant normalement. De même les oliguries et les urémies, si fréquentes au cours de la sulfamidothérapie, se reflètent d'abord sur la langue en lui donnant l'aspect de langue urémique, et nous mettons en œuvre immédiatement la thérapeutique appropriée, en supprimant peut-être celle déjà instituée.

Du pronostic de l'urémie par la langue.

Ici encore c'est sur la sécheresse de la langue que se basera notre pronostic.

Une langue très sèche, rôtie, voilà l'aspect que nous observerons presque toujours. Il n'y a ici que deux évolutions : ou bien la langue sous l'effet de la thérapeutique s'humidifie et redevient blanche et pâteuse par l'hydratation de ses papilles, le pronostic devient bon et une azotémie nous montrera la baisse du taux de l'urée ; ou bien, la quantité des urines reste infime, le coma avec son rythme respiratoire de Cheyne-Stokes apparaît, la langue devient de plus en plus sèche et prend l'aspect écaillé, notre pronostic sera alors tout à fait mauvais. Si la thérapeutique ne mord pas rapidement, la langue prend cet aspect « rêche » avec sa teinte rouge, ses fuliginosités dues aux hémorragies, et notre pronostic devient fatal.

Du pronostic de la scarlatine par la langue.

Si nous ne pouvons par l'examen de la langue prévoir une angine pseudo-membraneuse ou l'angine nécrotique de HENOCHE, nous pouvons être mis en garde contre la néphrite scarlatineuse. Ce qui nous frappe dans la scar-

latine, c'est la couleur de la langue : elle est blanche et rouge. Mais si au cours de nos examens nous remarquons un certain degré de sécheresse, nous devons immédiatement faire attention et surveiller le taux de l'albuminurie et de l'azotémie. Ici encore c'est sur la langue que nous remarquerons le premier degré de rétention uréique.

Tout se passe comme chez notre pneumonique avec, bien entendu, la différence de couleur. Si la sécheresse disparaît et que la langue se dépouille, la guérison sera proche. Si au contraire la sécheresse persiste malgré le traitement, attention à l'anasarque et aux complications cardio-rénales.

CONCLUSION

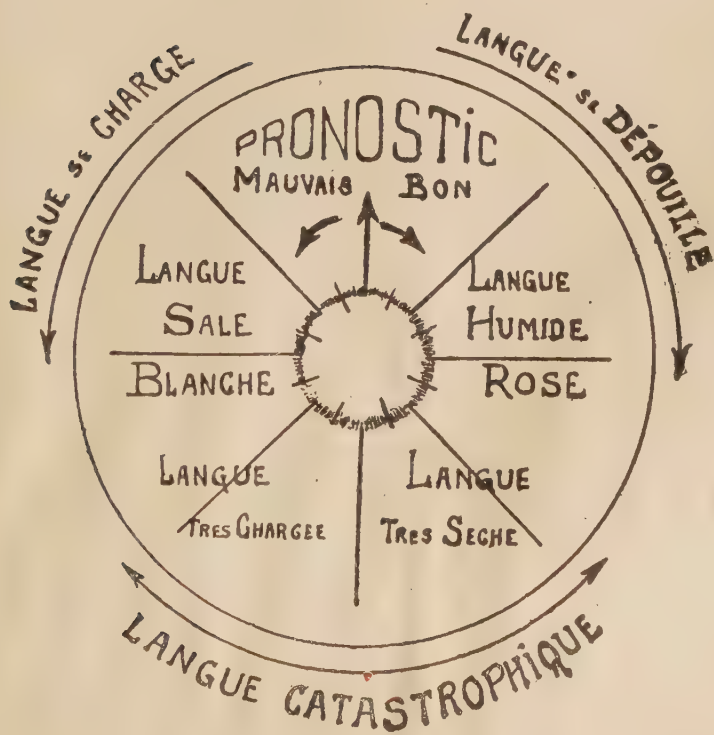
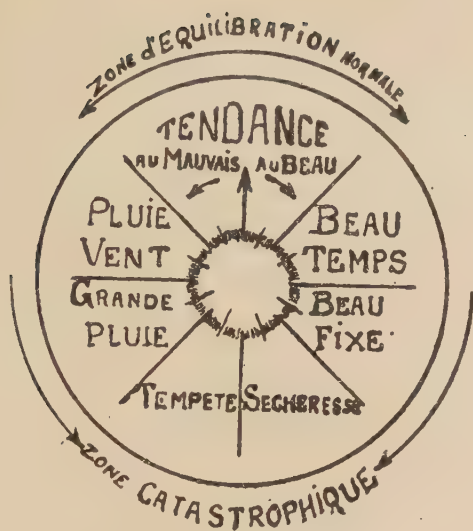
La langue baromètre de l'organisme.

Nous venons de voir que les éléments de diagnostic et de pronostic peuvent être recherchés dans les changements d'aspect de la langue. En principe sa transformation vers son dépouillement, son humidification et son étalement est favorable ; par contre, sa transformation vers le chargement, son aspect ratatiné et sa sécheresse sont défavorables. Ne pourrions-nous pas dès lors, essayer d'établir une comparaison avec l'état du ciel, c'est-à-dire avec le temps, et ne pouvons-nous pas également considérer la langue comme un indicateur de l'organisme, comme un baromètre idéal construit par le physicien des physiciens ?

Si l'aiguille du baromètre est en position indifférente, elle n'indique rien en soi, mais ce qui sera une indication c'est la direction qu'elle prendra quand nous consulterons l'appareil « au taper » : si l'aiguille va vers la gauche, tendance vers le mauvais temps ; si l'aiguille va vers la droite, tendance vers le beau temps. Il en est de même pour le baromètre langue dont l'indication ne doit être retenue que dans son changement d'aspect et dans l'intensité de cette transformation.

Une langue d'aspect indifférent sera une langue légèrement saburrale, peu chargée, qui indiquera un état de l'organisme variant entre la bonne santé et la maladie. De même que pour le ciel, s'il se couvre brusquement de nuages, cumulus, stratus, nimbus et gros nuages noirs, c'est le vent, la pluie ou l'orage ; de même pour la langue, si elle est envahie par une couche épaisse, blanchâtre, c'est le simple malaise, l'indigestion ; la crise aiguë gastrique. De même que pour le baromètre atmosphérique, si la pression continue à baisser, nous allons vers la grande pluie et la tempête, de même pour le baromètre langue, si l'enduit crémeux augmente d'épaisseur, si la langue remplit la bouche, c'est la grande diarrhée l'infection grave, la typhoïde.

Au contraire, repartons de la position indifférente. Si le ciel incertain s'éclaircit, si des coins bleus apparaissent, nous allons vers le beau temps. De même, si notre langue se dépouille, si par place son enduit crémeux saute et nous montre des plages rose-rouge, nous allons vers le beau temps de l'organisme, vers la guérison. Si le ciel devient bleu, si la langue devient rose et humide, nous voici au beau fixe, le ciel est sans nuage, la langue est nette et l'ombre de la maladie ne plane plus sur notre organisme. Mais si dans les baromètres on classe par souci normal de logique la sécheresse faisant suite au beau fixe, il n'en est plus de même pour la langue. Une langue sèche ne peut pas faire partie d'une tendance vers le beau. Il est vrai que dans la nature, quand la sécheresse est intense, quand les sources sont taries, quand le réseau fluvial est à sec, quand les récoltes sont brûlées, quand tout est rôti, c'est aussi un désastre. De même que c'est une catastrophe pour l'individu, si sa langue devient sèche, rôtie, si ses reins sont taris, et que son arbre urinaire soit à sec.



Donc le médecin et le paysan cultivateur doivent interpréter les indications de leurs baromètres *avec un même esprit*. L'aiguille oscillera toujours en deux positions, la meilleure et la pire. Au cultivateur d'établir son programme de travail pour la culture de ses champs, selon le pronostic qu'il en déduira et le temps actuel constaté. Au médecin d'établir son ordonnance pour le régime à faire suivre à son malade et pour la thérapeutique selon le diagnostic et le pronostic tirés de l'examen du baromètre lingual. Pour l'un comme pour l'autre, il n'y a que les extrêmes qui sont catastrophiques (tempête, sécheresse), comme le dit GASTIN, au sujet des qualités (vices et vertus).

En conclusion, nous affirmons que le praticien qui examinera attentivement et méthodiquement la langue de son malade sera infiniment mieux placé pour établir son diagnostic et son pronostic, que celui qui se contentera, par négligence, d'un examen superficiel de cet organe, de ce baromètre que la Providence a mis à notre disposition pour nous permettre de juger du fonctionnement de nos organes en particulier, et de notre état de santé en général.

Il est révolu le temps où il suffisait à un disciple d'Esculape de prendre négligemment le pouls de son client, tout en regardant ses urines d'un air inspiré, en élevant le bocai vers le ciel, cet air pris par les médecins de toute une époque antique et romantique de la médecine : Leur costume sombre et leur allure rigide médicale, passaient science ou en faisaient office. Si nous prôtons avec insistance autant qu'avec conviction une méthode d'examen, sachons que cette investigation ne doit pas nous empêcher de contrôler très sévèrement par des moyens scientifiques d'examen clinique et de laboratoire, la première impression que nous aurons eue

en scrutant la langue de notre patient, car la maladie est assez complexe pour que nous n'ayons pas trop de tous les moyens mis à notre disposition pour débrouiller le cas de chaque malade et de chaque maladie.



BIBLIOGRAPHIE

- BESANCON et PHILIBERT. — Pathologie médicale.
- BOREL (Dr Yves). — Du diagnostic par le facies.
- CHEVALIER et MOUTIER. — Langue et estomac.
- COLLET. — Pathologie interne.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. (Paris, 1894.)
- DOMERGUE. — Etat de la langue dans les affections pathologiques générales.
- DUBOIS (D.-O.). — Des maladies inflammatoires de l'appareil digestif (Pacis, 1892.)
- FANJAUD (C.-G.). — Valeur séméiologique des plis et fissures de la langue.
- FERANDON. — De la séméiologie de la langue.
- GODLEWSKI. — L'état saburral.
- HÉDON. — Physiologie.
- JACCOUD. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques. (1875.)
- PAGEL. — Participation de la langue dans les affections internes.
- POIRIER. — Anatomie humaine.
- ROCHE (Ch.). — Langue plicaturée.
— Langue plate.
- ROLLET (M.). — Ce que l'on dit sur la langue.
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine.
- TURPIN et CARATZALI. — Des sillons de la langue, leurs rapports avec la syphilis et l'hérédosyphilis.
- VALLEIX (F.-Il.). — Guide du médecin praticien. (Paris, 1861.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Introduction	9
La langue	11
Aspect morphologique de la langue normale	11
Anatomie	13
Histologie	14
Physiologie et séméiologie	15
Du diagnostic par la langue	21
La langue dans la typhoïde	21
La langue dans la pneumonie	24
La langue chez l'urémique	25
La langue dans la scarlatine	27
Du pronostic par la langue	29
Du pronostic de la typhoïde par la langue	29
Du pronostic de la pneumonie par la langue	31
Du pronostic de l'urémie par la langue	32
Du pronostic de la scarlatine par la langue	32
Conclusion :	
La langue baromètre de l'organisme	35
Bibliographie	41



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Du Diagnostic et du pronostic
par la langue*

par François NICOLAS

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu

Montpellier, le 27 Juin 1945

Le Président de la thèse :

G. GIRAUD.

Vu :

Montpellier, le 29 Juin 1945

Le Doyen :

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 30 Juin 1945

Le Recteur :

pour le Recteur, le doyen délégué :

P. MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les
dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur
auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

